

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Trabajo de Suficiencia Profesional

Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional

Guillermo Almenara Irigoyen de Lima

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presentado por:

Autor: Bachiller Miguel Ortiz Cangahuala

Lima - Perú

2018

Dedicatoria

Con mucho amor para mi familia por todo el apoyo recibido en mi formación profesional, por su apoyo incondicional durante este proceso; el cual permite que pueda dar un paso más, en mi vida profesional.

Agradecimiento

Agradecer a Dios por permitir tener la perseverancia en culminar mi carrera profesional. A los pacientes que sufren una enfermedad como el cáncer y participaron en la investigación, asimismo a nuestros docentes y asesores quienes hacen posible este logro académico.

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

Dando cumplimiento a la DIRECTIVA_ N° 003 – FPC Y TS -2017 de la Facultad de Psicológica y Trabajo Social de la UIVG, para optar el título profesional de Psicólogo, bajo la modalidad TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA. Se le hace entrega del trabajo de investigación: **“Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima”**.

Por lo nombrado anteriormente, señores miembros del jurado, deseo que mi investigación sea evaluada y así poder obtener el título profesional de Psicología.

Atentamente,

Miguel Ortiz Cangahuala

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de tablas	viii
Índice de figuras	ix
Resumen	x
Abstract	xii
Introducción	xiv

CAPÍTULO I: Planteamiento del problema

1.1. Descripción de la realidad problemática	15
1.2. Formulación del problema	19
1.3. Objetivos	20
1.4. Justificación	21

CAPÍTULO II: Marco teórico conceptual

2.1. Antecedentes	23
2.1.1. Internacionales	23
2.1.2. Nacionales	27
2.2. Bases Teóricas	32
2.2.1. Teoría cognitiva de la depresión	36
2.2.2. Teoría biológica de la depresión	39
2.2.3. Teoría conductual de la depresión	39
2.2.4. Enfoque psicodinámico	40
2.2.5. Conducta y cáncer	40
2.2.6. Causas del cáncer	41

2.2.7 Tipos de tratamiento para el cáncer	42
2.2.8 Quimioterapia	43
2.2.9 Conceptualización de la variable	46

CAPÍTULO III: Metodología

3.1. Tipo y diseño de investigación	49
3.1.1. Tipo y enfoque	49
3.1.2. Diseño de investigación	49
3.2. Población y muestra	50
3.3. Identificación de la variable y su operacionalización	50
3.3.1 Operacionalización de la variable	51
3.4. Técnica e instrumentos de la recolección de datos	51
3.4.1. Técnica	51
3.4.2. Instrumento	52

CAPÍTULO IV: Procesamiento, presentación y análisis de los resultados

4.1 Procesamiento de los resultados	58
4.2 Presentación de los resultados	58
4.3 Análisis y discusión de los resultados	66
4.4 Conclusiones	69
4.5 Recomendaciones	70

CAPÍTULO V: Intervención

5.1 Denominación del programa	71
5.2 Justificación del problema	71
5.3 Establecimiento de objetivos	72
5.4 Sector al que se dirige	72
5.5 Establecimiento de conductas problemas/metás	73
5.6 Metodológica de la intervención	73
5.7 Instrumentos a utilizar	73
5.8 Cronograma	74

Anexos

Anexo 1. Escala de autovaloración de la depresión de Zung

Anexo 2. Matriz de consistencia

.

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Definición operacional	50
Tabla 2	Índice de EAMD	57
Tabla 3	Estadísticos totales.	59
Tabla 4	Estadísticos por factores	60
Tabla 5	Niveles de depresión	61
Tabla 6	Niveles de depresión estado afectivo	62
Tabla 7	Niveles de depresión estado fisiológico	63
Tabla 8	Niveles de depresión estado psicomotor	64
Tabla 9	Niveles de depresión trastornos psíquicos	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Niveles de depresión muestra total	61
Figura 2	Niveles de depresión del estado afectivo	62
Figura 3	Niveles de depresión estado fisiológico	63
Figura 4	Niveles de depresión estado psicomotor	64
Figura 5	Niveles de depresión estado trastornos psíquicos	65

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo analizar los niveles de depresión que se presenta en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima. El estudio es de tipo descriptivo y diseño no experimental. Se utilizó el instrumento psicológico la escala de depresión de Zung. La muestra se caracteriza por ser pacientes que tienen como diagnóstico la enfermedad de cáncer, son adultos de ambos sexos, entre 40 y 60 años de edad, que desearon participar voluntariamente en el presente estudio.

Los resultados indican que, los pacientes presentan un nivel de depresión, en nivel moderado 33% y un nivel moderado a intenso 25% y un nivel intenso un 17% de la muestra total de los pacientes oncológicos. En la dimensión del estado afectivo, los pacientes presentan un nivel moderado 22% y en un nivel Alto 56%. En la dimensión trastornos fisiológicos, presentan un nivel moderado 30% y un nivel alto 48%. En la dimensión trastornos psicomotores, un nivel moderado 44% y un nivel alto 33%. En la dimensión trastornos psíquicos, los resultados revelan un nivel moderado en un 47% y un nivel alto 30%.

De acuerdo a estos resultados los pacientes se encuentran afectados en todas las dimensiones afectando tanto su salud física y mental, para lo cual se ha aplicado un programa de intervención para mejorar sus niveles de depresión, así como cada una de las dimensiones que se encuentran afectadas asociado a la enfermedad física.

Palabras Claves: Cáncer, paciente, afectivo, fisiológico, psíquico.

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the levels of depression that occur in cancer patients attending the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital in Lima. The study is of descriptive type and not experimental design. The psychological instrument Zung's depression scale was used. The sample is characterized by being patients diagnosed with cancer, adults of both sexes, between 40 and 60 years of age, who wished to participate voluntarily in the present study.

The results indicate that patients present a level of depression, at a moderate level of 33% and a moderate to intense level of 25% and an intense level of 17% of the total sample of cancer patients. In the affective state dimension, patients present a moderate level of 22% and a high level of 56%. In the physiological disorders dimension, they present a moderate level of 30% and a high level of 48%. In the psychomotor disorders dimension, a moderate level 44% and a high level 33%. In the dimension psychic disorders, the results reveal a moderate level in 47% and a high level 30%.

According to these results patients are affected in all dimensions affecting both their physical and mental health, for which an intervention program has been applied to improve their levels of depression, as well as each of the dimensions that are affected associated with physical illness.

Key words: Cancer, patient, affective, physiological, psychic.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad es un hecho y una experiencia fundamental en la vida humana. Todas las personas estamos más o menos afectadas por la enfermedad, bien como una amenaza potencial que todos tenemos, como una realidad que nos ha tocado vivir, o bien como el sufrimiento en personas próximas a nosotros (familiares, amigos).

La enfermedad, cuando es amenazante, supone una ruptura del mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal de la existencia humana. Enfermar, de alguna forma, conlleva enfrentarse a un mundo hasta ahora desconocido y en muchas ocasiones negado.

El cáncer es una de las enfermedades más importantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias del mismo, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo. En los países occidentales, el cáncer es una de las tres causas más importantes de mortalidad junto a las enfermedades cardíacas y los accidentes de tráfico.

Ser diagnosticado de cáncer es una de las situaciones más estresante y temida en la sociedad actual. Es una de las enfermedades que más problemas psicológicos causa en la persona que lo padece. En el cáncer se dan una serie de circunstancias que son fuente de malestar psicológico: su naturaleza crónica, la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los

tratamientos que habitualmente se utilizan para su control y el significado social de la palabra cáncer.

Uno de los síntomas más prevalentes es la depresión se establece como un trastorno mental que afecta al estado del ánimo y emocional del individuo. La depresión relacionada con los pacientes que tienen Cáncer, no afecta solamente el área fisiológica, sino que, al igual que sucede en otras enfermedades crónicas terminales, también repercute en el estado emocional.

La motivación de realizar el presente estudio, es el tratar de conocer la prevalencia y el nivel de depresión de los pacientes con cáncer que reciben tratamiento de quimioterapia, para posteriormente poder favorecer a la investigación y desarrollo de nuevas alternativas y/o estrategias de intervención terapéutica, en favor del paciente y su entorno familiar.

El presente trabajo de investigación, permitirá contribuir al desarrollo de nuevas alternativas y/o estrategias de intervención terapéutica sobre las características de la depresión que afecta a los pacientes que padecen la enfermedad oncológica.

A continuación, se describe en el Capítulo I el Planteamiento del problema, donde se exhibió la descripción problemática, se formuló el problema general y cinco problemas específicos, además del objetivo general y objetivos específicos, incluyendo la justificación de esta investigación.

En el Capítulo II se realizó el Marco Teórico, donde se podrá encontrar los antecedentes internacionales y nacionales en relación al clima laboral u organización. Los temas de mayor importancia, fueron obtenidos revisando

revistas, diccionarios, libros, artículos de investigación científica, entre otros; así como las definiciones conceptuales sobre el tema de investigación.

En el Capítulo III se concibe la Metodología que se utilizó en la investigación, determinando el tipo, enfoque y diseño de investigación. Además de la población, seguida de muestra, identificación de variable, técnicas e instrumentos de recolección de datos que fueron utilizados en esta investigación.

En el capítulo IV, se puede observar el procesamiento, presentación y análisis de los resultados en cual refleja el nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima

Para finalizar se realiza el capítulo V, donde se menciona un programa de intervención en relación a las recomendaciones emitidas en el presente trabajo de investigación a fin de contribuir y mejorar aspectos encontrados en la presente investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

1.1 Descripción de la realidad problemática Según lo manifestado por la Organización Mundial de la salud (OMS, 2016), afirma que, durante el 2015, el cáncer fue una de las principales causas de muerte en el mundo; durante el 2012 con un total de 14 millones de nuevos pacientes y un total de 8,2 millones de pacientes que fallecieron por causa de esta enfermedad. (OMS,2016)

En 2012, los diferentes padecimientos de cancer que fueron diagnosticados con mayor frecuencia en hombres fueron: cáncer de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En el caso de las pacientes mujeres los tipos de cáncer con mayor frecuencia fueron: cáncer de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Aproximadamente el 30% de muertes por cáncer son a causa de cinco factores de riesgo: índice de masa corporal elevado, muy poco consume de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. (OMS,2016)

La propensión al consume del cigarillo es un factor de riesgo, es uno de los mas importantes, ya que las cifras mencionan un 20% de las muertes por cáncer en general, y alrededor del 70% de fallecimiento por cáncer de pulmón a nivel mundial. Más del 60% de los nuevos casos anuales por cáncer en el mundo se producen en África, Asia, América Central y

Sudamérica. Estas regiones constituyen el 70% de las muertes por cáncer en el mundo. (OMS,2016)

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer realizado por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2013), durante el período del 2006- 2011, hubo 109 914 casos notificados de cáncer, los más frecuentes han sido los de cérvix, estómago, mama, piel y próstata. En el año 2011, se produjeron a nivel nacional un total de 30 792 de muertes por cáncer, siendo los departamentos con mayor numeros de muertes los departamentos de Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín. (MINSA, 2013)

Así mismo durante el 2011 en el Perú la frecuencia del padecimiento del cáncer muestra evidentes variaciones geográficas, los departamentos de la sierra presentaron elevada mortalidad por cáncer de estómago, los departamentos de la selva o con parte de selva presentan más altas tasas de mortalidad por cáncer de hígado y por cáncer de cérvix; mientras que, los departamentos de la costa presentan las más altas tasas de muertes por cáncer de pulmón, cáncer de mama y cáncer de próstata. (MINSA, 2013)

Según Dammert, quien preside la Liga Contra el Cáncer, citado por América television, refiere que el cáncer constituye la segunda causa de muerte en el Perú, que anualmente se presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer y más de 25,000 peruanos fallecen por falta de

cultura preventiva sobre esta enfermedad, (América televisión, 2016). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, existe gran variedad de trastornos mentales, los cuales tienen distintas maneras de manifestarse. (MINSA, 2013)

En general, se caracterizan por una serie de alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás, (OMS, 2016). Así mismo existen estrategias eficaces para prevenir algunos trastornos mentales, como la depresión. En los momentos actuales , se dispone de tratamientos eficaces contra los trastornos mentales y medidas que permiten aliviar el sufrimiento que estos causan, (OMS, 2016).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2012), en su última actualización, considera el diagnóstico de la depresión como el trastorno mental que más perjudica a la población actual. Cabe destacar que seis de cada diez personas que padecen depresión en América Latina y el Caribe, no tienen tratamiento para hacer frente a esta situación. Siendo así que esta afecta al 5% de la población adulta. (OMS, 2016)

El Asesor Principal en Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, Jorge Rodríguez indica: "Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológicamente y socialmente". Se enfatiza que la depresión es más común en las

mujeres que en los hombres. Ya que dos o cuatro de cada diez madres de países en desarrollo padecen depresión durante el ciclo del embarazo o postparto. (OMS, 2016)

La depresión es un problema tratable, ya que depende del tiempo en que se diagnostique, y el tratamiento que se plantee según las necesidades y características de cada paciente. Los diferentes niveles de depresión son ligeros, moderados y severos, siendo la causa principal, la interacción poco amable entre lo social, psicológico y biológico. (OMS, 2016)

Seguidamente Rodríguez menciona: "hay que borrar la creencia de que toda depresión va a necesitar tratamiento medicamentoso. Las personas que padecen un nivel leve y aún algunos moderados pueden ser tratados, básicamente, con apoyo social, familiar, psicoterapias breves u otras formas de abordaje psicosocial que pueden ser realizadas por psicólogos y médicos de atención primaria de la salud o por organizaciones de la comunidad que brindan apoyo a las personas" (OPS, 2012).

Según el Ministerio de Salud del Perú, citado por el Diario El Comercio, se destaca que en todo el territorio por lo menos un 6,7% sufre de depresión. Siendo un total de aproximadamente unos 2 millones de pobladores del Perú quienes tienen depresión. Cabe acentuar que, de la totalidad de suicidios que se evidencian en el Perú un 70% padecía

depresión. (Diario El Comercio, 2016).

A nivel Nacional, de acuerdo al reporte del Ministerio de Salud del Perú, citado por el Diario EL Comercio, aproximadamente 2 millones de peruanos tienen depresión, y ha sido el causante del 70% de los problemas de suicidios. (Diario El Comercio, 2016). El director del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, el Doctor Macher, (2012), refiere que, en Lima y Callao, la depresión se presenta en un 9,5% de la población. (Macher, 2012)

Segun Portal (Minsa, 2012) La depresión, igual que la ansiedad es un padecimiento que afecta a un gran porcentaje a la población, ya que genera problemas no solo emocionales, sino conductuales, familiares y laborales con un gran una gran situacion de afectacion para su salud como la conducta suicida. Portal (Minsa, 2012) Kraepelin, citado en (Polaino, 1980) pag. (32-69), describe al término depresión como una enfermedad del estado de ánimo o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado afectivo. Las definiciones nos pueden dar una idea general del significado de la depresión y están basadas prácticamente en un rasgo identificable como es la tristeza; aunque a veces esta terminologia se usa cmo sinonimos de la depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de (Márquez, 1990 pág. (86), el cual dice que “la depresión es déficit de energía psíquica.

Energía psíquica se entiende como una fuente que fortalece, motived,

impulsa a la persona en sus relaciones con otras personas de manera satisfactoria, así como con su ambiente y consigo mismo. En el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, según referencias de la jefatura de enfermería encargada del área de oncología, en una entrevista que se le realizó refiere que, mensualmente se atienden aproximadamente 406 pacientes oncológicos con tratamiento de quimioterapia, siendo la mayoría de ellos de provincias lejanas a la capital, y que afrontan dificultades en el área emocional ligados al tratamiento de la enfermedad y en algunos de los casos por encontrarse alejados de sus familiares.

(Portal esssalud, 2013) Ante lo planteado anteriormente, nace la motivación para realizar un proyecto como el que propongo por la experiencia práctica con personas que padecen de cáncer, por ello me he propuesto a investigar la variable antes mencionada y de esta manera contribuir a la sociedad, a la comunidad científica y al mejoramiento de las alternativas de intervención psicológica para los pacientes oncológicos, la cual servirá de base para posteriores investigaciones y permitirá promover programas de intervención.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal.

¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes oncológicos que asisten al *Hospital* Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?

1.2.2 Problemas secundarios.

¿Cuál es el nivel del estado afectivo persistente en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?

¿Cuál es el nivel de los trastornos fisiológicos, en pacientes oncológicos que acuden al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?

¿Cuál es el nivel de los trastornos psicomotores en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?

¿Cuál es el nivel de los trastornos psíquicos en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general.

Determinar los niveles de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima

1.3.2 Objetivos específicos.

Determinar el nivel del estado afectivo persistente, en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima

Conocer el nivel de los trastornos fisiológicos, en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara

Irigoyen de Lima

Determinar los niveles de los trastornos psicomotores, en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.

Determinar los niveles de los trastornos psíquicos, en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.

1.4 Justificación e importancia

La motivación principal para realizar el presente trabajo, es con el proposito de incrementar los conocimientos científicos y poder favorecer a la investigación y así mismo al desarrollo de nuevas alternativas y/o estrategias de intervención terapéutica, en favor de las personas que padecen de cancer, asi como a sus familiares.

En la actualidad las personas que se encuentran afectados de la enfermedad de cancer requieren de una atencion integral con un equipo multidisciplinario, abarcando los aspectos fisiológico, psicológico, familiar, laboral y social (MINSA, 2013).

La persona que es diagnosticada con esta enfermedad, pasa por distintas etapas, llegando finalmente a la aceptación de la misma, en el momento que decide iniciar un tratamiento que generar la disminucion de los sintomas y una mejor calidad de vida (dependiendo del tipo y estadio en el que se encuentre la enfermedad del cáncer), como lo es

la quimioterapia.

Los tratamientos antineoplásicos producen varios cambios significativos en el estilo así como en la vida del paciente, causando sensación de bienestar y/o en algunos casos malestar en el paciente. La importancia en la investigación, éstas se encuadran en tres campos fundamentales: teórico, práctico y metodológico: En relación al Campo Teórico, aporta conocimientos respecto a la presencia de síntomas depresivos, establecido por niveles, como lo establece W. Zung, teniendo la característica particular de que estará relacionado a personas que padecen de la enfermedad cancerígena, generando datos exclusivos para el caso. Asimismo, de acuerdo a los resultados se pretenderá sugerir alternativas de ayuda terapéutica al paciente con depresión asociada al Cáncer, que genere cambios y se pueda mejorar la convivencia con la enfermedad respectiva, con el tratamiento, así como su tipo de vida.

Finalmente, en el Campo Metodológico, esta investigación también servirá de referencia para futuros estudios psicométricos de carácter confirmatorio que permitan construir nuevos instrumentos para evaluar de los problemas depresivos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Guerrero, Prepo y Loyo (2015), realizaron la investigación “Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento Barquisimeto. 2015, realizado por la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela”, el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. El estudio es comparativo, de corte transversal. (Guerrero, Prepo y Loyo, 2015)

La población total estuvo contituida por 140 pacientes que padecen de cancer, en edades comprendidas entre 30 y 59 años de edad, de cuatro centros de salud: Sociedad Anticancerosa del Estado Lara, Badam-Lara, Hospital "Luis Gómez López" y Hospital "Plácido Daniel Rodríguez Rivero", de la ciudad de Barquisimeto-Venezuela. Se utilizó la Escala de Autotrascendencia de Reed (Para el presente estudio se realizó una adaptación lingüística al contexto venezolano, y la confiabilidad alpha de Cronbach fue de 0.85), Escala de ansiedad manifiesta para adultos (Para el presente estudio se realizó una adaptación lingüística al contexto venezolano, y la confiabilidad determinada por el KR20 fue de .80) y

Escala de depresión de Zung (La confiabilidad obtenida a través del alpha de Cronbach fue de .88 y la validez de constructo fue obtenida mediante el análisis factorial exploratorio bajo el método de componentes principales con rotación varimax, que arrojó tres factores que explican 56.13% de la varianza total). (Guerrero, Prepo y Loyo, 2015)

Los autores concluyeron: “Los resultados de la presente investigación manifiestan la necesidad de planificar intervenciones dirigidas a potenciar la autotrascendencia en pacientes con cáncer, con la finalidad de mitigar los síntomas asociados a ambos trastornos” (Guerrero, Prepo y Loyo, 2015)

Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez (2011), presentan la investigación “Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia 2011, realizado por la Universidad de Oviedo, España”, el objetivo fue analizar la mediación de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal. (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011),

La población estuvo compuesta por 66 pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón. Se utilizó como instrumento Protocolo médico (ad hoc), la escala de Karnofsky, la escala de ansiedad y

depresión hospitalaria (fiabilidad valorada mediante el coeficiente alpha de Cronbach, de 0,80 para cada una de las subescalas y un coeficiente de validez de 0,70), la Escala de estado general y Escala de salud percibida. (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011),

Los autores concluyeron: “Menos de un 30% alcanzan puntuaciones en el HAD indicativas patología ansiosa o depresiva. Se incrementó el cansancio, fatiga y náuseas y se interrumpen las actividades laborales y de ocio. La preocupación por el futuro de allegados y el insomnio se incrementan significativamente a lo largo del tiempo en pacientes con cáncer de mama, mientras que se reducen en pacientes con cáncer de pulmón. (Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez, 2011)

Gonzales, Tenorio y Vintimilla (2014 - 2015), realizaron el trabajo “Prevalencia y Factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología del Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014-2015, realizado por la Universidad de Cuenca Ecuador”, el objetivo fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, hospitalizados en el Hospital José Carrasco Arteaga. El estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal. (Gonzales, Tenorio y Vintimilla, 2015)

La población estuvo constituida por 365 pacientes hospitalizados en el área de Oncología del Hospital José Carrasco Arteaga. Se utilizó la

escala para ansiedad y depresión Hospitalaria y un formulario sociodemográfico. Los autores concluyeron: “La frecuencia de depresión y ansiedad es elevada y los factores familiares y de convivencia son los más influyentes”. (Gonzales, Tenorio y Vintimilla, 2015)

Muhlenbrock, Gómez, González, Rojas, y Vargas (2009), realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en las personas mayores de 60 años que ingresan al servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago, para la realización de este estudio, se usó un instrumento muy fiable y útil, como es la escala de depresión geriátrica abreviada de Yesavage, de 15 ítems y una entrevista semiestructurada. (Muhlenbrock, Gómez, González, Rojas, y Vargas, 2009)

Según este estudio se conformó una muestra de 131 pacientes, dividido en 2 grupos, uno contaba con 64 adultos mayores de sexo femenino (48,85%) y el otro grupo contaba con 67 adultos mayores de sexo masculino (51,15%), dentro de ellos se ubicó un rango de edades entre 60 a 96 años de edad. Como resultado del estudio, tenemos que un 22,13% (29) de los evaluados presentan rasgos depresivos positivos, se diagnosticó el nivel de depresión leve a un 89,6% (26) de adultos mayores y un porcentaje menor en un nivel de depresión severa de 10,3% (3), predominando el sexo femenino con un 28,12% (18), mientras que el sexo masculino obtuvo un 16,41% (11), por otro lado el grupo que se diagnosticó con mayor nivel de depresión de acuerdo al estado civil, fue en los viudos, 38,46% (15); en cuanto a los adultos mayores de estado

civil soltero y separados el porcentaje de depresión fue de 33,3% (1), y en menor porcentaje los de estado civil casados con un 13,75% (11). (Muhlenbrock, Gómez, González, Rojas, y Vargas, 2009)

Crespo (2011), realizó una investigación denominada Prevalencia de depresión en adultos mayores de los Asilos de los Cantones Azogues, Canar, Tambo y Delegación de la Provincia del Canar, en el año 2011, Ecuador, se planteó el objetivo de conocer la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores de los asilos mencionados. (Crespo, 2011)

El estudio fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 84 adultos mayores que residen en las casas de reposo. El instrumento aplicado fue el cuestionario de depresión de Yesavage, uno de los más usados para el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor, también se usó el análisis estadístico. (Crespo, 2011)

Los resultados concluyen que, la mayoría de los adultos mayores, en este caso los que alcanzaron un puntaje superior a 4, el cual se ajusta al nivel de depresión leve, es el 70%, por otro lado, quienes alcanzaron un nivel de depresión normal, con un puntaje mínimo de 4 o menos es el 30% de los pacientes. Del total de la muestra a quienes se les aplicó el test, encontramos dos grupos según el sexo, los que presentaron un nivel de depresión leve fueron los 33 pacientes de sexo masculino, que equivalen a un 69.70% presentaron depresión leve, y así mismo en el caso del grupo de 51 pacientes de sexo femenino, que equivalen al

70.59% también mostraron un nivel de depresión leve. (Crespo, 2011)

Como resultado del estudio, se concluye lo siguiente; con respecto a la edad, se presentó mayor grado de depresión los adultos mayores con edad correspondida entre 80 a 89 años de edad, representados en dos grupos, el grupo de sexo femenino que corresponde al 36.1% y el grupo de sexo masculino representado por un 47.83% (Crespo Vallejo, 2011).

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Aguilar y Quinde (2013), estudio los “Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV en el instituto regional de enfermedades neoplásicas - 2013, realizado por la Universidad Antenor Orrego”, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV en el Instituto regional de enfermedades neoplásicas. (Aguilar y Quinde, 2013)

El estudio cuantitativo; el método es descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La población total está conformada por 70 mujeres que se encuentran en estadio III (62) y IV (8). Se utilizó como instrumento el test de ansiedad Hamilton (la fiabilidad test- retest es de: 0,96) y el test de depresión de Hamilton (La fiabilidad interobservador oscila, entre 0,65 y 0,9). (Aguilar y Quinde, 2013)

Los autores concluyeron: “El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2, 9%, leve 34, 3%, grave un 51,

4%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es ausente 1, 4%, moderada 2, 9%, grave un 7, 1%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4%. (Aguilar y Quinde, 2013)

El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es grave un 5, 9%, moderada 2, 9%, ausente 2, 9%". (Aguilar y Quinde, 2013)

Calva y Castro (2012), realizaron la investigación titulada "Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV en el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas, 2012, realizado por la Universidad Privada Antenor Orrego", el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV en el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas. (Calva y Castro, 2012)

El estudio es de tipo cuantitativo; el método es descriptivo; prospectivo y de corte transversal. La población total está constituida por 130 mujeres con cáncer de mama estadio I-IV en el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas. Se utilizó como instrumento el test de depresión (La fiabilidad oscila entre 0,65 y 0,9) y ansiedad (la fiabilidad test- retest es de: 0,96) de Hamilton y test de autoestima de Rosember. Los autores concluyeron que: "El nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%. (Calva y Castro, 2012)

El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%". (Calva y Castro, 2012)

Tateishi (2011), presenta el trabajo "Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama. Realizado por la universidad pontificia universidad católica del Perú", el cual tuvo como objetivo determinar los estilos de humor y la sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama. La población fueron pacientes mujeres con cáncer de mama entre los 37 y 65 años. Se utilizó como instrumento el Cuestionario de Estilos de Humor (confiabilidad de la prueba esta no es total sino para cada escala, y los puntajes van de un alfa de Cronbach de 0,77 hasta 0,81) y el Inventario de Depresión de Beck-II (Para la presente investigación, se analizó la confiabilidad por consistencia interna del IDB-II y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,89). (Tateishi, 2011)

El autor concluyó: "Se hayó una asociación negativa entre el estilo de afiliación ($p=0,32$) y la sintomatología depresiva; y, a su vez, una asociación positiva con el estilo agresivo (0,26). Además, se halló una asociación entre los estilos de humor y variables sociodemográficas y médicas (ocupación, estadio clínico, recibir hormonoterapia y tener enfermedades adicionales al cáncer) (Tateishi, 2011)

Ruelas & Yamira (2010), realizaron un estudio denominado Factores Biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. materno infantil tablada de Lurín. La finalidad de este estudio fue diagnosticar los factores biopsicosociales que predominan en los niveles de depresión de los adultos mayores. (Ruelas & Yamira, 2010)

Con respecto al estudio, este fue de tipo descriptivo de correlación y de corte transversal, los adultos mayores que participaron fueron 44 que conforman el grupo Edad de Oro, los métodos que utilizaron fue la entrevista, un cuestionario de factores biopsicosociales y la Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage. Asimismo, dentro del estudio los autores concluyen como resultado que un alto número de adultos mayores mostraron un nivel de depresión leve, a su vez los resultados también arrojaron un grupo de nivel de depresión normal y en lo que respecta a un nivel de depresión severa este arrojó solo en una minoría de adultos mayores. (Ruelas & Yamira, 2010)

Se encontró que lo que verdaderamente influye en la depresión leve son los factores biopsicosociales, observando que el porcentaje más alto que presentan es el valor psicológico con un 50%, seguido del valor biológico indica un 38.6%, aquí se indica afectación de la libido, y finalmente tenemos al factor social con un 34.1%, donde se observan que mucho influyen las dificultades económicas. Las necesidades y demandas afectivas en los adultos mayores son cada vez mayor. (Ruelas & Yamira, 2010).

Orosco (2015), realizó una investigación en la ciudad de Lima, enfocado en los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, con una muestra de 85 adultos mayores (40 de ellos institucionalizados y el resto no institucionalizados), de nivel económico medio alto, abarcando edades superiores a 65 años, se estudiaron las variables relacionadas de depresión y autoestima. (Orosco, 2015)

El instrumento que se usó fue el Inventario de Depresión de Beck-segunda versión, así como también se administró el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Llegando a las siguientes conclusiones el grupo de adultos mayores institucionalizados no muestra mayores niveles de depresión que el grupo de no institucionalizados, al respecto no se obtienen diferencias estadísticas significativas en la comparación de los niveles de depresión entre los grupos participantes y tampoco existen diferencias estadísticas significativas en los niveles de la autoestima entre el grupo institucionalizado y el grupo no institucionalizado, presentando resultados similares (Orosco, 2015).

2.2 Bases teóricas:

Guinot (2013) explica cómo se desarrolla la depresión en un paciente diagnosticado con cáncer:

“El paciente oncológico experimenta el impacto del cáncer como si un meteorito cayera de pronto sobre las aguas de su océano vital, provocando un tsunami que arrastra todo lo

construido hasta ese momento. Cuando el cáncer aparece en la vida de una persona, una avalancha de ideas inunda el corazón y la mente, convirtiéndola en protagonista de una historia que hasta entonces pertenecía a otros". (Guinot, 2013)

"El miedo, la angustia, el sufrimiento, la depresión, la muerte, lo inevitable, la inseguridad, el dolor, la incertidumbre, se adueñan de su casa y su persona. La palabra cáncer sigue acompañada de un halo de emociones muy difíciles de manejar" (p.6) (Guinot, 2013)

Sin duda el padecimiento del cancer predispone a la depresion puede cambiar la vida del paciente, no solo por el diagnóstico que recibe sino también por las modificaciones que esto implica, el miedo y la soledad se apoderan del paciente al percibir que debido al avance de la enfermedad, tratamientos farmacológicos y quirúrgicos a los que debe someterse por la enfermedad podrían impedirle llevar su vida con normalidad, el desajuste personal y familiar inciden en la gravedad de la depresion (American Cancer Society,2013).

Por la forma del pensamiento del individuo es considerado, no como el principal factor que genera una depresión, pero si como una importante posibilidad, el postulado explica que la estructura cognitiva del paciente crea pensamientos negativos ante las experiencias, ante más surja el

refuerzo negativo más vulnerable será la persona a desarrollar depresión (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De hecho, la tendencia a tener una conducta depresiva puede estar ligada directamente a las experiencias y compensaciones. Lewinsohn (como se citó en Caballo, 1997) explica el postulado que planteo, el cual consta de tres componentes y son los que podrían contribuir al desarrollo de un trastorno depresivo, el primero se relaciona con las capacidades que tiene una persona para realizar actividades, misma situación que le impide reforzar de forma positiva los acontecimientos de su vida, la segunda propuesta es sobre la poca potencialización de refuerzos asociados a la acumulación de hechos negativos y el último está vinculado a la percepción de muerte o desvinculación de aquella persona que le brinda reforzamiento positivo al individuo. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En todo caso la depresión transforma a cualquier persona, la vuelve aversiva a cualquier estímulo positivo, rechaza la percepción de que algo bueno podría sucederle, el depresivo se torna abatido, decaído, apático, desesperanzado, nacen sentimientos de minusvalía y de culpa al sentirse incapaz de realizar algo y más aun si perciben algo que lo consideraba sencillo de hacer, estas personas están gravemente enfermas al pensar que todo lo recibido sea bueno o malo lo merecen (Caro, 2011).

Las alteraciones en la cognición generan que el paciente pueda sentirse así es el precio que deben vivir por una mala actitud o un mal acto, el paciente oncológico luego del diagnóstico asegura lo mismo, es la

explicación más cercana a la justificación del padecimiento de cáncer (Garduño, Riveros y Sánchez, 2010). La batalla ante el cáncer suele generar al enfermo sino a quien lo acompañan en su proceso de recuperación: sentimientos negativos que podrían empeorar los síntomas depresivos (Moreno, Krikorian y Palacio, 2015).

Todas las personas que participan en el tratamiento ya sea familia, amigos y personal médico, abordar el tema del cáncer cervicouterino en todos sus aspectos y así lograr una mejor comprensión de la enfermedad, en su evolución de la problemática (Acosta y Gaitán, 2015).

“La depresión afecta principalmente la conducta en las personas diagnosticadas con cáncer, una paciente con cáncer cervicouterino, sufre una alteración en esta área al sentirse poco encantadora, se desmotiva y deja de lado todas sus actividades, se vuelve apática, se auto abandona, pierde el apetito”.
(Moreno, Krikorian y Palacio, 2015).

Los síntomas pueden resultar muy frustrantes por la manifestación de flujo vaginal anormal y oloroso, sangrado repentino, hinchazón y dolor (Álvarez y otros, 2012). Un estudio realizado por Castillo y otros (2015) revela que *“las mujeres que formaron parte de este estudio estuvieron expuestas a una alteración del estado emocional por los cambios corporales a los que deben acoplarse, la vida sexual de estas mujeres disminuye o se anula”.*

Cabe considerar que un miedo que atormenta a las personas que padecen de cáncer cervicouterino es la posible infertilidad. El avance de la ciencia oncológica desarrolló un método para evitar esta situación, el método consiste en la extirpación de los órganos reproductores (Rosazza, Hernández y Urtega, 2014).

La intervención quirúrgica no solo contribuye a la reparación del síntoma, sino también serviría para la extracción del tumor, pero esta intervención solo podría darse si se encuentra en una etapa incipiente detectado a tiempo, caso contrario la enfermedad se disemina y se esparce y contamina el resto de órganos. En atención a lo mencionado se destaca que los tratamientos principales en la psicoterapia son: el tratamiento individual, familiar, de pareja y grupal (Pousa, Ana, Hernández, González y Gaviria, 2015).

La terapia psicológica individual permite externalizar el problema, se le instruye para realizar ejercicios para desarrollar en su casa (Ellis y Grieger, 1990). Esta terapia aplicada al paciente oncológico permite que el cliente tome conciencia de sus pensamientos erróneos sobre su enfermedad le genere una tristeza patológica.

2.2 Bases teóricas:

Guinot (2013) explica el desarrollo de la depresión en un paciente diagnosticado con cáncer:

El paciente oncológico experimenta el impacto del cáncer como si un meteorito cayera de pronto sobre las aguas de su océano vital, provocando un tsunami que arrastra todo lo construido hasta ese momento. Cuando el cáncer aparece en la vida de una persona, una avalancha de ideas inunda el corazón y la mente, convirtiéndola en protagonista de una historia que hasta entonces pertenecía a otros. El miedo, la angustia, el sufrimiento, la depresión, la muerte, lo inevitable, la inseguridad, el dolor, la incertidumbre, se adueñan de su casa y su persona.

La palabra cáncer sigue acompañada de un halo de emociones muy difíciles de manejar. (p.6)

Sin duda el cáncer en la depresión puede cambiar la vida del paciente, no solo por el diagnóstico que recibe sino también por los cambios que esto implica, el miedo y la soledad se apoderan del paciente al percibir que debido al avance de la enfermedad, tratamientos farmacológicos y quirúrgicos a los que debe someterse por la enfermedad podrían impedirle llevar su vida con normalidad, el desajuste personal y familiar inciden en la gravedad de los síntomas depresivos (American Cancer Society,2013).

Por esto el estilo de pensamiento del individuo es considerado, no como el principal factor para el desarrollo de una depresión, pero si como una importante posibilidad, el postulado explica que la estructura de la cognición de una persona

crea pensamientos negativos ante las experiencias, ante más surja el refuerzo negativo más vulnerable será la persona a desarrollar depresión (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

De hecho, la tendencia a tener una conducta depresiva puede estar ligada directamente y en su mayoría de veces a las experiencias y compensaciones.

Lewinsohn (como se citó en Caballo, 1997) explica el postulado que plantea, el cual consta de tres componentes y son los que podrían contribuir al desarrollo de un trastorno del estado de ánimo, el primero hace referencia a las capacidades que tiene una persona para realizar actividades, una situación que le impide reforzar de forma positiva los acontecimientos de su vida, la segunda propuesta es sobre la poca potencialización de refuerzos ya sea por las limitaciones o por la acumulación de hechos negativos y el último está vinculado a la muerte o desvinculación de aquella persona que le brinda reforzamiento positivo al individuo.

En todo caso la depresión transforma a cualquier persona, la vuelve aversiva a cualquier estímulo positivo, rechaza la idea de que algo bueno podría sucederle, el depresivo se torna abatido, decaído, apático, desesperanzado, nacen sentimientos de minusvalía y de culpa al sentirse incapaz de realizar algo y más si se trata de algo que en un momento lo consideraba sencillo de hacer, estas personas están gravemente enfermas al creer que todo lo recibido sea bueno o malo lo merecen (Caro, 2011). Las alteraciones en la cognición hacen creer a la persona que sentirse así es el precio que deben vivir por una mala actitud o un mal acto, del mismo modo el paciente oncológico luego del diagnóstico asegura lo mismo, es la explicación más cercana a la justificación del padecimiento de cáncer (Garduño, Riveros y Sánchez, 2010). La batalla ante el cáncer suele generar

no solo en el enfermo sino a quien lo acompañan en su proceso de recuperación: sentimientos negativos que podrían empeorar el cuadro clínico de la depresión (Moreno, Krikorian y Palacio, 2015).

Relacionado a lo antes expuesto es de suma importancia para quienes participan en el tratamiento ya sea familia, amigos y personal médico, abordar el tema del cáncer cervicouterino en todos sus aspectos y así lograr una mejor comprensión de la depresión en la evolución de la enfermedad (Acosta y Gaitán, 2015).

La depresión afecta principalmente la conducta en las personas diagnosticadas con cáncer, una mujer con cáncer cervicouterino, sufre una alteración en esta área al sentirse poco encantadora, se desmotiva y deja de lado todas sus actividades, se vuelve apática, se auto abandona, pierde el apetito. Los síntomas pueden resultar muy frustrantes por la manifestación de flujo vaginal anormal y oloroso, sangrado repentino, hinchazón y dolor (Álvarez y otros, 2012). Un estudio realizado por Castillo y otros (2015) revela que las mujeres que formaron parte de este estudio estuvieron expuestas a una alteración del estado emocional por los cambios corporales a los que deben acoplarse, la vida sexual de estas mujeres disminuye o se anula. Cabe considerar que un miedo que atormenta a las pacientes con cáncer cervicouterino es la posible infertilidad. El avance de la ciencia oncológica desarrolló un método para evitar esta situación, el método consiste en la extirpación de los órganos reproductores (Rosazza, Hernández y Urtega, 2014). Esta intervención quirúrgica no solo contribuye a la creación de un ser, sino también serviría para la extracción del tumor, pero

esta intervención solo podría darse si el cáncer es detectado a tiempo, caso contrario el cáncer se esparce y contamina el resto de órganos.

En atención a lo mencionado se destaca que los tratamientos principales en la psicoterapia son: el tratamiento individual, familiar, de pareja y grupal (Pousa, Ana, Hernández, González y Gaviria, 2015).

La terapia psicológica individual es una relación entre terapeuta y cliente, el objetivo principal es externalizar el problema para que el paciente logre identificarlo por medio de tareas que se envían a casa (Ellis y Grieger, 1990). Esta terapia aplicada al paciente oncológico permite que el cliente tome conciencia de que sus pensamientos erróneos sobre su enfermedad son la causa de la tristeza patológica.

2.2.1 La teoría cognitiva. Teoría de Beck.

La teoría cognitiva que propuso Beck (1979), que la enfermedad depresiva esta asociada a una interpretación errónea de los acontecimientos que tiene que afrontar el sujeto. Beck cconsidera que existen cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): La tríada cognitiva. Formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro: Los pensamientos automáticos negativos. (Beck,1979)

La persona se ve desgraciada, torpe, tiende a subestimarse, a criticarse y adjudicarse defectos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Disfunción en los esquemas. Los esquemas activados en una situación específica determinan la forma como responder de un

paciente ante esa determinada situación. En la depresión, los esquemas son inadecuados, el sujeto pierde gran parte del control sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados. Así mismo Beck plantea que la persona que tiene depresión presenta algunas distorsiones cognitivas. (Beck,1979)

Los pensamientos que generan conclusiones negativas consiste en resaltar los fracasos y a disminuir los éxitos de una manera desproporcionada. Razonamiento emocional. Consiste en interpretar los estados de ánimo como si se tratasen de verdades objetivas. Enunciaciones “debería”. (Beck,1979)

2.2.2 Teorías biológicas de la enfermedad depresiva.

Da importancia a la presencia de neurotransmisores; tales como las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina. Esta teoría refiere que la depresión, esta asociada a una falta de regulacion en uno o más de los sistemas neuroconductuales, los cuales podrían ser heredados o adquiridos. (Beck,1979)

2.2.3 Teoría conductual.

El modelo conductual explica a la sintomatología depresiva como una situación aprendida generado por las interacciones negativas entre el paciente y su entorno. Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, relacionadas a las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Enfoques conductuales. La disminución del

refuerzo positivo. (Beck,1979)

Para este enfoque existe la reducción del reforzador positivo contingente a las conductas del paciente. Es el resultado final de cambios relacionados con el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Además debe existir un entrenamiento en autocontrol. Según Rehm, se entiende como el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. (Beck,1979)

2.2.4 Enfoque psicodinámico.

Desde los estudios de Sigmund Freud y Abraham, la psicodinámica tiende a considerar la melancolía como una situación de “pérdida del objeto amado”. (Sanz y Vasquez, 1995)

La depresión constituye una relación de duelo por el objeto libidinoso perdido, en el cual se produce una internalización del instinto agresivo que no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la hostilidad surge a partir de la pérdida de un objeto ambivalentemente amado. Tal objeto es incorporado según la actitud canibalística de la etapa oral, lo que produciría que quede introyectado formando parte del propio sujeto que se encontraría en grave conflicto. (Sanz y Vasquez, 1995)

2.2.5 Conducta y cáncer

La prevención del cáncer cobra mucha importancia. Ya que es importante como controlar los hábitos que pueden producir riesgos, es deseable tener un vida saludable (Bayes, 1990)

Muchos habitos nocivos como el Tabaco estan asociados al cancer, es importante la labor educative a fin de reducir la mortalidad por el uso del Tabaco. Asimismo el apoyo familiar, para evitar situaciones estresante.

2.2.6 Definición conceptual de la variable

Depresión.

Beck (1979), refiere que la depresión es el resultado de una interpretación errónea de acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Alberdi, Taboada y Castro (2006), afirman que la depresión es un conjunto de síntomas afectivos como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad y sensación de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida; así como también un conjunto de síntomas cognitivos, volitivo y somáticos.

Romero (2010), refiere que el término depresión es utilizado para designar una variedad de condiciones emocionales como las sensaciones de tristeza, síntomas psicológicos y fisiológicos, los cuales perturban el funcionamiento de las personas en diferentes ámbitos.

Somático Afectivo.

Para (Ruiz, 2012), esta dimensión se refiere al conjunto de sensaciones físicas y de sentimientos, el cual está relacionado con la depresión. Esta dimensión se caracteriza por presentar los siguientes indicadores: sentimiento de fracaso, culpa, castigo, autoinsatisfacción, autocríticas, pensamiento suicida, agitación y pérdida de interés.

Procesos Cognitivos.

Se entiende por procesos cognitivos a aquellos procesos mentales que le permiten al hombre conocerse a sí mismo y conocer el medio ambiente que lo rodea. Los procesos mentales son internos, se desarrollan dentro del sujeto a nivel cerebral y su objetivo es conocer y comprender el mundo externo. También son considerados como aquellas construcciones hipotéticas mediadoras entre el comportamiento del hombre y su ambiente; estos permiten organizar e interpretar el mundo. Además, estos procesos son la base para los aprendizajes. (Santrock, J., 2001.) Dentro de los procesos cognitivos se encuentran: la percepción, la Psicomotricidad, el lenguaje, la atención, la memoria y el razonamiento. Citado en (Antognoli, Ángeles, y Reyes, 2000)

Apoyo familiar.

El apoyo familiar ha sido un constructo poco estudiado, por tanto, carece de una definición unificada, pero se caracteriza por abarcar varias dimensiones entre las cuales se pueden mencionar la comunicación, conflictos intrafamiliares, resolución de problemas, grado de afectividad y buen planteamiento de reglas. Citado en (Jiménez, 2007)

Cáncer.

La OMS (2017) refiere que es un término que designa un amplio grupo de enfermedades que afectan a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». La característica definitoria del cáncer es la rápida multiplicación de células anormales y pueden propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina «metástasis».

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo y enfoque El tipo de investigación es descriptivo según Hernández, Fernández y Baptista (2010), siendo su objetivo, el de buscar especificar propiedades, tipologías y rasgos de mayor relevancia de cualquier tema que se analice, detalla estilos de un grupo o población entre otros. Por otro lado, el enfoque es cuantitativo.

Hernández, et al. (2010), mencionan que el encargado del estudio debe realizar todos los procesos necesarios, por ser característica de este enfoque, como por ejemplo se emanan objetivos y preguntas de investigación, además de revisar la literatura, se edifica un marco teórico y se utiliza estadísticos para obtener el resultado de la investigación.

3.1.2. Diseño de investigación

En la presente investigación se utilizó el diseño no experimental de corte transversal; que Hernández, et al. (2010) refiere que ello sucede cuando “los investigadores recopilan datos en un momento único” (p. 151). El esquema del diseño es el siguiente:

Donde:

M = Muestra de pacientes

O = Observación del nivel de depresión

3.2 Población y muestra

El tipo de muestreo es no probabilístico, intencional por el investigador, la población atendida en el año 2016 en el servicio de oncología fueron de 300 pacientes, de ellos se extrae una muestra está compuesta de 60 pacientes, con criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Los paciente que fueron incluidos en la presente investigación: los pacientes adultos de ambos sexos, entre 40 y 60 años de edad, diagnosticados con cáncer y que desearon participar voluntariamente en el presente estudio.

Criterios de exclusión:

De igual modo, cumplieron criterios de exclusión, los pacientes adultos con diagnostico medico diferente al cáncer.

Para efectos de este trabajo de investigación, la población estará constituida por 60 pacientes adultos varones y mujeres diagnosticados con cáncer que asisten al Hospital Nacional

Guillermo Almenara Yrigoyen de Lima, cuyas edades están comprendidas entre 40 a 60 años.

3.2 Identificación de la Variable

Depresión

Definición Conceptual (D.C): La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, incidiendo en el estado afectivo, en lo fisiológico, psicomotor y psíquico e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.

Definición operacional

Está definida como la puntuación alcanzada por los pacientes en la escala de depresión de Zung. A continuación, la tabla con la operacionalización de la variable.

Tabla 1 Definición operacional

Variable	Dimensiones	Ítems	Categoría de respuesta
Depresión la variable depresión se evalúa a través del inventario de Zung	Estados afectivo	1,2	Depresión normal: Menos de 50 Depresión leve a moderada: 50 a 59 Depresión Moderada a intensa: 60 a 69 Depresión intensa: 70 a más.
	Trastorno fisiológico	3,4,5,6,7,8,9,10	
	Trastornos psicomotores	12,13	
	Trastornos psíquicos	11,14,15,16,17,18,19,20	

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnicas

Las técnicas de recolección de datos indirectas fueron a través de textos, revistas en físico y/o electrónicas, trabajos de investigación. Además, se obtuvo información directa a través de la aplicación del instrumento aplicado a la muestra de pacientes.

3.4.2 Instrumento

Escala de auto medición de la Depresión (EAMD)

Ficha Técnica

AUTOR: William Zung y Zung.

Se trata de una escala breve, auto aplicada en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados.

Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor afectivo persistente

Factor Fisiológico

Factor Psicomotor

Factor Psíquico

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.

El marco de referencia temporal es el momento actual. Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo.

Junto con el BDI es la escala auto aplicada más utilizada en la depresión.

La escala de la auto-medición de la depresión (EAMD) de Dr. W Zung, de aplicación individual o colectiva, destinada a medir cuantitativamente la depresión, se basa en una serie de informes sobre pacientes deprimidos y con otros trastornos emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que presenta síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas “depresiones ocultas” economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevista de estudio.

Tabla 2.-Índices de **EAMD**

El rango de calificación es de 20-80.	INTERPRETACION
MENOS DE 50	DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES
50 A 59	DEPRESION LEVE MODERADA
60 A 69	DEPRESION MODERADA INTENSA
70 A MAS	MAS DEPRESION INTENSA

Fuente: trabajos96/psicometría-aplicada/psicometria-aplicada3.shtml

CAPÍTULO IV

PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Procesamiento de los resultados

Se realizó empleando el software estadístico (SPSS) versión 22 y el programa informático Microsoft Excel 2016. Asimismo, el análisis de los datos de la investigación se realizó usando aspectos estadísticos descriptivos.

También se manejaron tablas de distribución de frecuencias de doble entrada y la representación a través de gráficos de las variables sumergidas en la presente investigación.

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

4.2 Presentación de los resultados

A continuación, se expondrán los resultados obtenidos en tablas y figuras a partir de la aplicación y análisis del instrumento: Inventario de autoevaluación de la depresión de Zung, que evalúa las componentes “afectivo” “fisiológico”, “psicomotor” y “Psíquico” del constructo depresión.

Los resultados se desarrollaron en base a los objetivos planteados. Resultados considerando la totalidad de la muestra analizada.

Resultados considerando la totalidad de la muestra analizada.

En la tabla 3 se presenta las medidas estadísticas descriptivas de los resultados de las componentes de la variable de investigación (Depresión).

Estadísticos Totales

N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		55,02
Mínimo		25
Máximo		85

Se observa que todos los casos son válidos en el cuestionario de la depresión tiene un valor promedio de la muestra analizada es 55,02. Los valores mínimos son 25, y un valor máximo de 85.

Significa entonces que hay pacientes que se encuentran con niveles elevados de depresión que deberán ser incorporados en un programa de apoyo para mejorar sus niveles de depresión.

Estadísticos por factores.

Tabla 4 se presenta las medidas estadísticas descriptivas de los resultados de los factores componentes de la variable de investigación (depresión).

Estadísticos

		Afectivos	Fisiológicos	Psicomotores	Psíquicos
N	Válido	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0
Media		5,92	24,97	5,03	25.03
Mínimo		1	8	1	10
Máximo		8	40	8	38

Se observa que de la cantidad de pacientes evaluados todos son válidos la depresión promedio de la muestra analizada en la dimensión afectiva es de 5.92, en la dimensión fisiológicos es 24.97, en la dimensión psicomotor 5.03 y en la dimensión psíquica es de 25.03.

Los valores mínimos son en la dimensión afectiva 1, en la dimensión fisiológica 8, psicomotor 1 y en la dimensión psíquica 10; mientras que los valores máximos para la dimensión afectiva es 8, en la dimensión fisiológica 40, en la dimensión psicomotora 8 y en la dimensión psicológica 38.

Significa entonces que hay pacientes que se encuentran con niveles elevados de depresión y que deberán ser incorporados en un programa de apoyo.

Objetivo General:**Tabla 5 Niveles de Depresión**

Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Normal	15	25%
Moderado	20	33%
Mod. Intenso	15	25%
Intenso	10	17%
	60	100%

En la tabla 5 se presenta las frecuencias y porcentajes validos de los niveles generales de depresión, reflejan que los niveles preponderantes de depresión están en los niveles intenso 17%, moderado a intenso 25%, moderado 33% y normal un 25%.

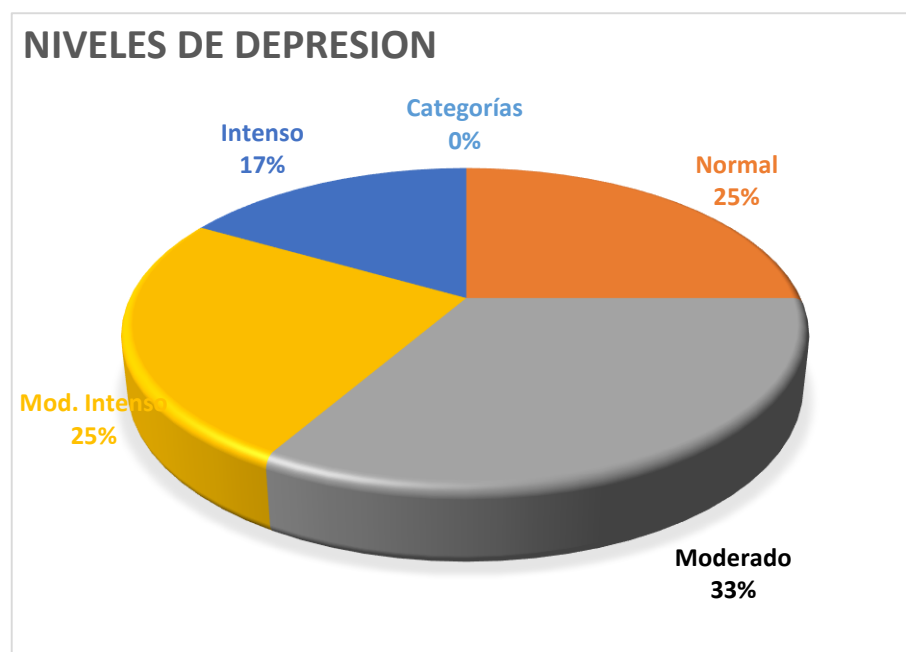


Figura. 1 Del total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es 33%, lo cual significa que la mayoría de pacientes cuenta con un nivel de depresión moderada que afecta su estado de ánimo, él un 25% de los pacientes se encuentran en un nivel moderado a intenso, que igualmente incide en su estado ánimo, y el 17% se encuentra en un nivel intenso.

Resultados de acuerdo a los Objetivos Específicos

Tabla 6. Niveles de depresión de la dimensión estado afectivo

Estado afectivo		
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Normal	13	22%
Moderado	13	22%
Alto	34	56%
	100	100%

En la Tabla 6, respecto de la muestra total, los resultados del estudio reflejan en dimensión afectiva en un nivel alto 56%, moderado 22% y normal 22%.



Figura 2. Del total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es 56%, lo cual significa que la mayoría de pacientes cuenta con un nivel de depresión que afecta su estado afectivo y el un 22% de los pacientes se encuentran en un nivel moderado, que igualmente incide en su estado afectivo.

Tabla 7 Niveles de depresión en el estado Fisiológico

Nivel Fisiológico		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Normal	13	22%
Moderado	18	30%
Alto	29	48%
	60	100%

En la Tabla 7, los resultados reflejan en dimensión trastornos fisiológicos en un nivel alto 48%, moderado 30% y normal 22%.

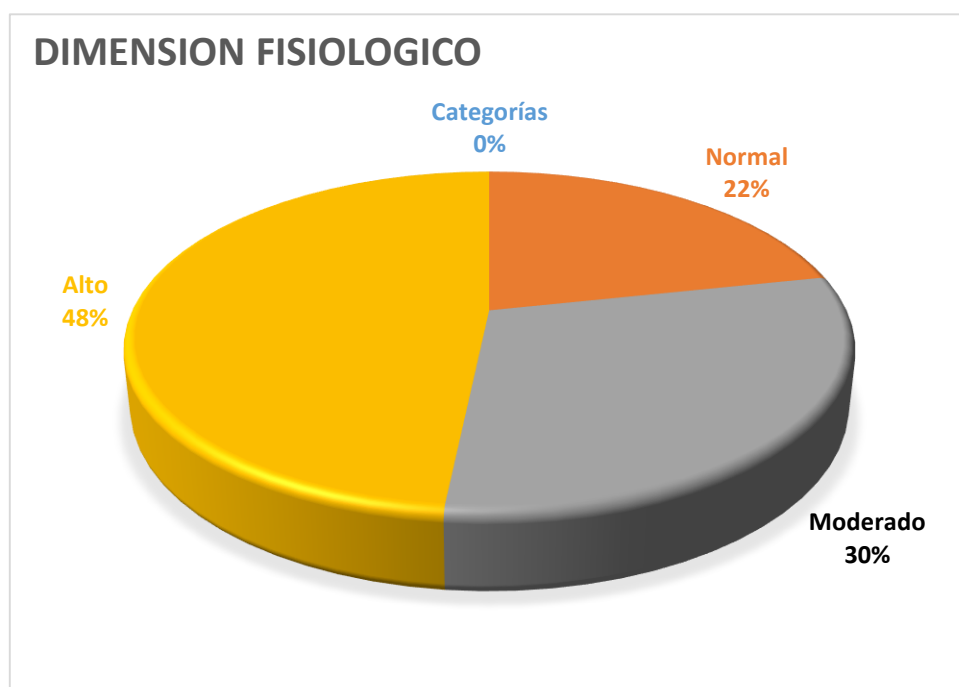


Figura 3. Se observa que el mayor porcentaje es 48%, lo que significa que la depresión afecta su estado fisiológico y el un 30% de los pacientes se encuentran en un nivel moderado, y que igualmente incide en su estado fisiológico.

Objetivo 3. Niveles de depresión en el estado trastornos psicomotores

Tabla 8. Niveles de depresión de la dimensión trastornos Psicomotores

Trastornos		
Psicomotores	Frecuencia	Porcentaje
Normal	14	23%
Moderado	26	44%
Alto	20	33%
	60	100%

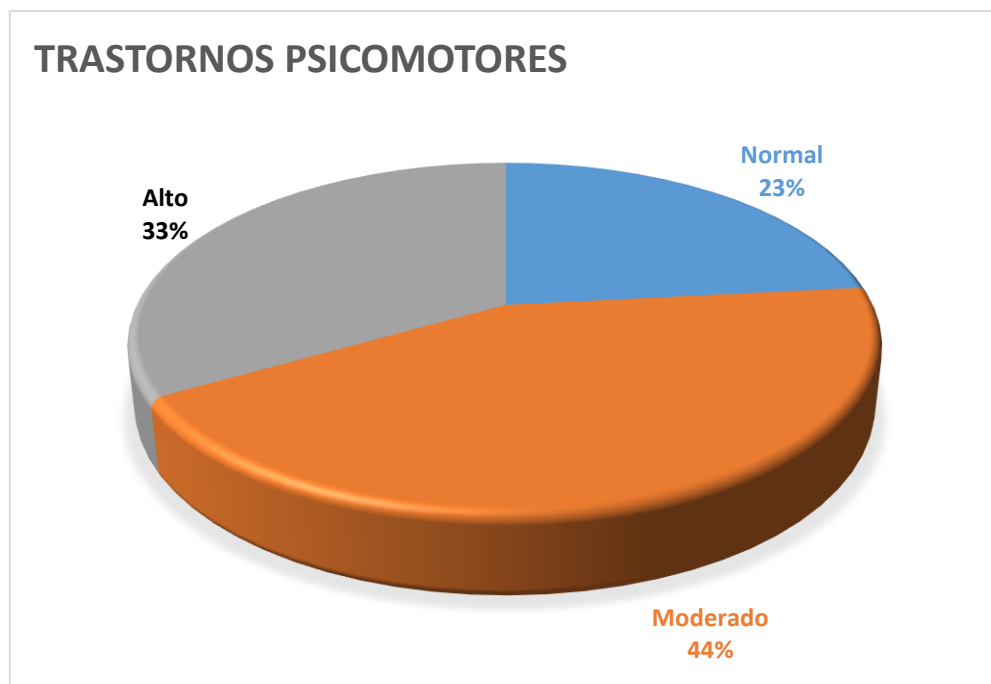


Figura 4 Del total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es 44%, se encuentra en un nivel moderado lo cual significa que la mayoría de pacientes cuenta con un nivel de depresión que afecta su aspecto psicomotor y el un 33% de los pacientes se encuentran en un nivel alto, quienes presentan una mayor afectación en su estado psicológico.

Objetivo 4 Niveles de depresión en el estado trastornos psíquicos

Tabla 9. Niveles de depresión de la dimensión trastornos Psíquicos

Trastornos		
Psíquicos	Frecuencia	Porcentaje
Normal	14	23%
Moderado	28	47%
Alto	18	30%
	60	100%



Figura 5 Del total de la muestra se puede observar que el mayor porcentaje es 47%, se encuentra en un nivel moderado lo cual significa que la mayoría de pacientes cuenta con un nivel de depresión que afecta su aspecto psíquico y el un 30% de los pacientes se encuentran en un

nivel alto, quienes presentan una mayor afectación en su estado psíquico.

4.3 Análisis y discusión de resultados

Por medio del presente estudio se evaluó los niveles de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima. Para ello por medio de la evaluación realizada con el Inventario de autoevaluación de la depresión de Zung, se hallaron los puntajes de los niveles de depresión a nivel general y de las cuatro dimensiones afectados por la depresión

A partir de ello se analizó los resultados obtenidos referentes a los niveles de riesgo de padecer depresión, en relación al Objetivo General del estudio, estos indicaron que en la prevalencia en la muestra total, los resultados del estudio reflejan que los niveles preponderantes de depresión están en los niveles intenso 17%, moderado a intenso 25%, moderado 33% y normal un 25%.

Similares resultados fueron los obtenidos en un estudio sobre el Burnout realizado Fernández, Padierna, Villoria, Amigo, Fernández y Peláez (2011), presentan la investigación *“Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia 2011, realizado por la Universidad de Oviedo, España”*, el objetivo fue analizar la mediación de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. Los autores concluyeron: *“Menos de un 30% alcanzan puntuaciones en el HAD indicativas patología ansiosa o*

depresiva. Se incrementó significativamente el cansancio, fatiga y náuseas y se interrumpen las actividades laborales y de ocio. La preocupación por el futuro de allegados y el insomnio se incrementan significativamente a lo largo del tiempo en pacientes con cáncer de mama, mientras que se reducen en pacientes con cáncer de pulmón. Al introducir como covariables las puntuaciones obtenidas en el HAD, se comprueba que la mayoría de diferencias son atribuibles a los factores tiempo y tipo de cáncer. Las alteraciones emocionales no parecen tener, durante el tratamiento con quimioterapia, un peso relevante en la sintomatología y cambios en la vida cotidiana referidos por el paciente oncológico”

En la investigación realizada por Flores Rea, (2017), La depresión es un trastorno que puede afectar a patologías crónicas sobre todo en las patologías neoplásicas. Objetivo: Establecer el grado de relación entre las características clínicas, epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2017. Métodos: Se encuestó a los pacientes oncológicos que acudieron durante febrero al Servicio de Oncología, los resultados: De un total de 85 casos evaluados, el 89.41% tenía síntomas de depresión, de forma leve en 29.41%, moderada en 41.18% y severa en 18.82% de casos. Entre las características epidemiológicas, el 76.47% de casos fueron mujeres y 23.53% varones, con edad predominante entre los 40 y 50 años (50.59%).Comentario: La frecuencia de depresión en pacientes con cáncer es elevada, y los casos poseen un perfil clínico y epidemiológico característico, aunque no asociado a la severidad de la depresión, a excepción de la ocupación.

En relación a los objetivos específicos, los resultados de los niveles obtenidos de cada una de las dimensiones que compone la escala de depresión en la muestra evaluada son los siguientes. Respecto de la muestra total, los resultados del estudio reflejan en dimensión del **estado afectivo** que los pacientes lo padecen en un nivel alto 56%, moderado 22% y normal 22%. En este sentido los pacientes que presenta un nivel moderado y alto en el estado afectivo repercute en su estado deprimido sintiéndose triste melancólico y en ocasiones con acceso de llanto. En la dimensión **trastornos fisiológicos** en un nivel alto 48%, moderado 30% y normal 22%. En este sentido los pacientes lo padecen en un nivel alto y moderado que afecta su estado fisiológico manifiestan una exageración de los síntomas físicos, problemas en el sueño, disminución del apetito, pérdida de peso asociado a la ingestión disminuida de alimentos o metabolismo aumentado, reposo disminuido, en ocasiones una libido disminuida y síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y musculoesqueléticos generando fatiga.

En la dimensión **trastornos psicomotores** en un nivel alto 33%, moderado 44% y normal 23%. En este sentido los pacientes lo padecen en un nivel alto y moderado que afecta su estado psicomotor produciendo intranquilidad o retardo psicomotor, lentitud.

En la dimensión **trastornos psíquicos** en un nivel alto 30%, moderado 47% y normal 23%. En este sentido los pacientes lo padecen en un nivel alto y moderado que afecta su estado psíquico generando una sensación de vacío, confusión, desesperanza, irritabilidad, indecisión, enojo, desvalorización e ideas suicidas.

Similar resultado se observa en la investigación de Calva y Castro (2012), realizaron la investigación titulada *“Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV en el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas, 2012, realizado por la Universidad Privada Antenor Orrego”*, el cual tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV en el Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas. Los autores concluyeron que: *“El nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%”, mostrando dificultades en su estado afectivo y en la percepción de sí mismo”*.

De acuerdo a estos resultados que comprometen la salud psicológica de los pacientes que padecen cáncer, es necesario la implementación de sesiones de capacitación para lidiar con las situaciones depresivas y brindar un apoyo psicológico que permita mejorar el aspecto psicológico que ya por el diagnostico que padecen se ven afectados de manera significativa.

4.4. Conclusiones.

- En cuanto al nivel de depresión de la muestra total los pacientes muestran niveles de depresión un nivel moderado, moderado a intenso e intenso.

- En la dimensión del estado afectivo, los niveles de depresión son en un nivel moderado y alto en los pacientes oncológicos,
- Referente a la dimensión trastornos fisiológicos, los niveles de depresión son en un nivel moderado y alto en los pacientes oncológicos,
- En relación a la dimensión trastornos psicomotores, los niveles de depresión son en un nivel moderado y alto en los pacientes oncológicos,
- Se observa en la dimensión trastornos psíquicos, los niveles moderado y alto, en los pacientes oncológicos.

4.5. Recomendaciones.

- Desarrollar investigaciones que permitan conocer las causas o fuentes desencadenantes de la depresión en pacientes que padecen de cáncer y realizar acciones de prevención secundaria.
- Los resultados de la presente investigación recomiendan la necesidad de elaborar programas psicológicos con el objeto de reducir los efectos adversos que tiene la depresión sobre la enfermedad terminal en cada una de las áreas afectadas: afectividad, fisiológicos, psicomotores y psíquicas.
- Involucrar en los programas de prevención a los familiares de los pacientes ya que ellos son el soporte inmediato tanto en la hospitalización como en el hogar.
- Es importante realizar estudios semejantes a fin de uniformizar y generalizar las acciones preventivas promocionales y los programas de

intervención tanto primarios como secundarios en todas las redes de salud de Es salud.

CAPÍTULO V

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

5.1. Denominación del programa

Aceptando mi enfermedad

5.2. Justificación del problema

El programa de intervención se justifica y se estructura a partir de los resultados significativos que presentan los pacientes que padecen de cáncer en el hospital de Es Salud Guillermo Almenara Irigoyen de Lima en el año 2017.

Se puede evidenciar que, en términos generales que, existe un están en los niveles intenso 17%, moderado a intenso 25%, moderado 33% y normal un 25%.

En relación a los objetivos específicos, los resultados de los niveles obtenidos de cada una de la dimensión del **estado afectivo** que los pacientes lo padecen en un nivel alto 56%, moderado 22% y normal 22%. repercute en su estado deprimido sintiéndose triste melancólico y en ocasiones con acceso de llanto. En la dimensión **trastornos fisiológicos** en un nivel alto 48%, moderado 30% y normal 22%. En este sentido los pacientes lo padecen en un nivel alto y moderado que afecta su estado fisiológico manifiestan una exageración de los síntomas físicos, problemas en el sueño,

disminución del apetito, pérdida de peso asociado a la ingestión disminuida de alimentos.

En la dimensión **trastornos psicomotores** en un nivel alto 33%, moderado 44% y normal 23%. En este sentido los pacientes lo padecen en un nivel alto y moderado que afecta su estado psicomotor produciendo intranquilidad o retardo psicomotor, lentitud.

En la dimensión **trastornos psíquicos** en un nivel alto 30%, moderado 47% y normal 23%. En este sentido los pacientes lo padecen en un nivel alto y moderado que afecta su estado psíquico generando una sensación de vacío, confusión, desesperanza, irritabilidad, indecisión, enojo, desvalorización e ideas suicidas.

5.3. Establecimiento de objetivos

5.3.1. Objetivo general:

Disminuir los niveles de depresión en los pacientes que padecen de cáncer en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

5.3.2. Objetivos específicos:

Enseñar a los pacientes a mejorar su estado afectivo.

Enseñar a los pacientes a mejorar su nivel fisiológico.

Enseñar a los pacientes a mejorar su estado psicomotor.

Enseñar a los pacientes a mejorar su estado psíquico.

5.4. Sector al que se dirige

El programa de intervención está dirigido al Sector Salud, específicamente a los pacientes que padecen de cáncer en el

hospital de Es Salud Guillermo Almenara Irigoyen, cuyo estado de salud psicológica es preocupación del personal asistencial que labora en el hospital.

.

5.5. Establecimiento de conductas problemáticas

Las conductas objetivas, en el programa de intervención es la siguiente:

Mejorar su nivel su estado afectivo, su nivel fisiológico, su estado psicomotor, mejorar su estado psíquico, que padecen de cáncer en el hospital de Es Salud Guillermo Almenara Irigoyen.

5.6. Metodología de la intervención

Se utilizará estrategias y técnicas participativas como:

- Dinámicas Grupales
- Juego de Roles
- Relatos
- Medios Audiovisuales
- Métodos Expositivos
- Técnicas Vivenciales.

5.7. Instrumentos/material a utilizar

Computadora

USB

Proyector Multimedia

Equipo de sonido

Plumones

Masking tape

Fichas

Mesa

Sillas

Colores

5.8. Cronograma

Tabla 10. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: PACIENTES CON CANCER

SEMANA/ ACTIVIDAD	Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4
SEMANA 1- SESION 1 TEMA 1: Aceptando mi enfermedad	15-01-2018							
SEMANA 2 SESION 2 TEMA 2: Visualizar aspectos positivos		20-01-2018						
SEMANA 3 SESION 3 TEMA 3: Cambiando pensamientos			30-01-2018					
SEMANA 4 SESION 4 TEMA 4: Reevaluación positiva				10-02-2018				
SEMANA 5 SESION 5 TEMA 5: Regulación psicomotora					20-02-2018			
SEMANA 6 SESION 6 TEMA 6: Regulación fisiológica						30-02-2018		

5.9. Actividades

Sesión 1

Aceptando mi enfermedad

Fundamentación	Los pacientes requieren aceptar la situación de su enfermedad, así como darse cuenta de sus emociones relacionadas a su situación de enfermedad, debe tener una aceptación no fatalista, sino que debe hacer una evaluación positiva, asociando el apoyo del personal y de su familia, aceptando sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos de manera negativa
Objetivos	Promover herramientas necesarias para aceptar la enfermedad y tomar conciencia de su situación de enfermedad, a través de un trabajo en equipo de salud para poderlos motivar constantemente.
Metodología	Realizar una experiencia vivencial para tener una visión y aceptación de su enfermedad.
Técnicas	-Capacitación -Integración
Recursos	-Evaluador -Sillas -Mesas -Laptop -Proyector
Duración	2 horas

Sesión 2

Visualizar aspectos positivos

Fundamentación	Es importante percibir los aspectos positivos de nuestras experiencias, debemos visualizar sobre las vivencias positivas. Se debe pensar sobre los aspectos mejores de la vida, vivenciar los mejores momentos de su vida, los aspectos gratos percibidos, incrementar las gratificaciones recibidas, mejorando las vivencias.
Objetivos	Promover herramientas necesarias para reforzar la visualización de sus experiencias, a través del reconocimiento de su vida personal.
Metodología	Hacer una vivencia, hacer un examen de la vida de cada uno de los pacientes, recordando vivencias para recordar aspectos de la vida, que perciba una gratificación para disminuir aspectos negativos.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none">-Capacitación- Dinámicas-Integración
Recursos	<ul style="list-style-type: none">-Especialista-Sillas-Mesas-Laptop-Proyector
Duración	2 horas

Sesión 3:

Cambiando los pensamientos

Fundamentación	Los pacientes tienden a pensar de forma reiterativa aspectos negativos de la enfermedad que genera una forma negativa de percepción de la enfermedad, visualizan de una manera negativa cada uno de los síntomas y las situaciones amenazantes de la enfermedad.
Objetivos	Disminuir la rumiación del pensamiento de aquellas situaciones negativas de la vida del paciente, para que no pueda generar ansiedad y estrés ante la enfermedad.
Metodología	Realizar dinámicas grupales para que el contexto asistencial sea motivador; así mismo realizar dinámicas para fomentar la correcta visualización de su enfermedad.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none">-Capacitación-Dinámicas grupales-Integración
Recursos	<ul style="list-style-type: none">-Presentador-Sillas-Mesas-Laptop-Proyector
Duración	2 horas

Sesión 4:

Reevaluación positiva

Fundamentación	Los pacientes tienden a pensar en una forma negativa, es importante generar pensamientos negativos, es necesario un cambio cognitivo funcional con propósito de tener un enfoque positivo de la enfermedad.
Objetivos	Lograr un enfoque más positivo de la enfermedad, lograr comprender mejor la enfermedad, apreciar los aspectos positivos de la reacción personal y de los otros pacientes con relación a la enfermedad, logrando un cambio personal, mejorando la interacción con los pacientes y personal asistencial
Metodología	Realizar dinámicas grupales para fomentar la correcta percepción de si mismo y su relación con los pacientes y personal.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none">-Capacitación-Dinámicas grupales-Integración
Recursos	<ul style="list-style-type: none">-Presentador-Sillas-Mesas-Laptop-Proyector
Duración	2 horas

Sesión 5:

Regulación psicomotora

Fundamentación	Es importante la regulación fisiológica activa y pasiva: son las acciones que, promoviendo un control activo del estado de ánimo, incluyéndose dentro de este grupo el ejercicio físico y el uso de técnicas de relajación. Mejorando la asociación clara entre actividad física y bienestar.
Objetivos	Desarrollar el nivel del estado de animo a través de la regulación física a través del ejerció físico de acuerdo al estado de salud de los pacientes.
Metodología	Realizar caminatas, correr, realizar ejercicio físico de acuerdo a las condiciones médicas de los pacientes
Técnicas	-Sensibilización -Entrega de material informativo
Recursos	-Especialista -Sillas -Mesas -Laptop -Proyector -Folletos -Boletines
Duración	2 horas

Sesión 6:

Regulación fisiológica

Fundamentación	Es importante tener en cuenta que el ejercicio físico mejora la condición fisiológica, de acuerdo a la condición del paciente se debe realizar ejercicios físicos pasivos que posibilitan el control del estado anímico de manera pasiva.
Objetivos	Mejorar el nivel del estado de animo a través de la regulación física pasiva a través del ejercicio físico de acuerdo al estado de salud de los pacientes.
Metodología	Realizar descansos, propiciar que el paciente realice una siesta, cerrar los ojos y dormir, lectura a fin de mejorar y regular su estado fisiológico.
Técnicas	-Sensibilización -Entrega de material informativo
Recursos	-Especialista -Sillas -Mesas -Laptop -Proyector -Folletos -Boletines
Duración	2 horas

REFERENCIAS

REFERENCIAS

Acosta, P. J., & Gaitán, D. H. (2015). Cáncer de cuello uterino: nuevos paradigmas dentro de un modelo integral de atención. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 8-10.

Antognoli, D, Collados, A y Reyes, J. (2000) Programa: estimulación cognitiva para el adulto
<http://estudiemus.cl/web/pdf/tesis.pdf>

Aguilar, M. y Quinde, Y. (2013). *Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV instituto regional de enfermedades neoplásicas* (Tesis de pregrado). Recuperado de
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1115/1/agUILar_fiorella_niveles_ansiedad_depresi%c3%93n.pdf

American Cancer Society (6 de diciembre de 2014). American Cancer Society. Recuperado el 15 de junio de 2016, de Historia del Cáncer: www.cancer.org/the-history-of-cancer-pdf

Álvarez, C., Castro, N. E., Virginillo, J. M., Bruno, G., González, C., Vallejos, J., & Dieguez, A. (2012). Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Revista Argentina de Radiología*, 169-171.

Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI.

Caro, G. I. (2011). Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Henao: Desclée de Brouweeer

Castillo, Á. I., Canencia, P. J., Zurbarán, L. M., Pertuz, C. D., Montes, P. M., & Jiménez, C. E. (2015). Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 22-31.

Bayes, R. (1990). *Psicología y cáncer: prevención*. En: Martínez Roca, editor. Psicología Oncológica. Barcelona, 1990: 47-111.

Beck, A.T. (1979). Depresión. *Psicología Conductual*, 8 (3), 425-428.

Recuperado de:

<http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Calva, V. y Castro, P. (2012). *Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio IV Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas*. (Tesis de pregrado). Recuperado de

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1116/1/CALVA_JAH_AIRA_DEPRESI%C3%93N_ANSIEDAD_AUTOESTIMA.pdf

Campoverde, María (2016) Relación entre clima social familiar y depresión en adultos mayores. CAM - Piura, 2015. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote Facultad de Ciencias de la Salud escuela profesional de Psicología repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/95/CAMPOVERDE_RIOS_MARIA_ELIZABETH_CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION.pdf? sequence=1

Crespo Vallejo, J. R. (2011). *Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones azogues, cañar, tambo y déleg de la provincia del cañar, en el año 2011*". Ecuador.

Dammert, A. (08 de setiembre de 2016). *Liga contra el cáncer: hoy es el último día para participar de la colecta*. Blog: América noticias. Recuperado de <http://www.americatv.com.pe/noticias/actualidad/conoce-5-tipos-cancer-mayor-incidencia-peru-n245697>

Ellis, A., & Grieger, R. (1990). Manual de terapia racional emotiva Vol. II. Henao: Desclée de Brouwer.

Fernández, R., Padierna, S., Villoria, F., Amigo, V., Fernández, M., Peláez, F. (2011). *Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos*

durante el tratamiento con quimioterapia. (Tesis de pregrado).

Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3897.pdf>.

Flores Rea, Geraldine Agry (2017) Frecuencia de Síntomas Depresivos y Factores Epidemiológicos y Clínicos Asociados en Pacientes Oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017. Universidad Católica de Santa María.

Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez, S. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 69-80.

Gonzáles, G., Tenorio, R. y Vintimilla, V. (2014 - 2015). *Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología del hospital José Carrasco Arteaga.* (Tesis de pregrado). Recuperado de

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22503/1/TESIS.pdf>

Gonzales, A, y Gonzales, M, García P. (1994). *Control del cáncer.* En: Noticias de Salud Monográficos: Cáncer, Madrid: Consejería de Salud 1994.

Guerrero, G., Prepo, S., Loyo, A. (2015). *Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento barquisimeto*. (Tesis de pregrado). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2016/hcm162q.pdf>

Guinot, J. L. (2013). La depresión en el paciente oncológico en la fase final de la vida. CM de Psicobioquímica, 5-13.

Hernández, R. Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. D.F., México: Mc Graw Hill.

House, JS, Landes, KR, Umberson, D. (1998) *Social relationship and health. Science* 1998; 241: 540-545

Márquez, Ramón. (1990). *Tratamiento natural de la depresión*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

Jiménez. F. A (2007). Satisfacción familiar, apoyo familiar y conflicto trabajo-familia en una muestra de trabajadores chilenos. <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-SatisfaccionFamiliarApoyoFamiliarYConflictoTrabajo-3882582.pdf>

Martos, C. (19 de Mayo de 2009). *Por qué el cáncer causa depresión.*

Blog: elmundo.es SALUD. Recuperado de
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/18/oncologia/1242667780.html>

Moreno, A. A., Krikorian, A., & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 517-529.

Ministerio de salud del Perú. (2013). Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Recuperado de
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2017). Cáncer: datos y cifras. Blog: OMS. Recuperado de
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 0(18), 91-104. Recuperado de
<https://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/viewFile/500/474>

Polaino, Lorete. A. (1980). La depresión. Barcelona España, Ed. Martínez Roca.

Pelayogc. (10 de junio de 2015). *La importancia del apoyo psicológico en los pacientes con cáncer*. Blog: Comer para vencer el cáncer. Recuperado de <https://comerparavencercancer.com/2015/06/10/la-importancia-del-apoyo-psicologico-en-los-pacientes-con-cancer/>

Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with the adult depressed patient*. En A. Freedman, K.M. Simon, L.E. Bleutler y H. Arkowitz (Dir.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 299-319). Nueva York: Plenum. Portal Minsa (2012) Ministerio de salud. Recuperado <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2012/np.html>

Portal esssalud (2013) Pacientes oncológico. Recuperado <http://www.essalud.gob.pe/hospital-almenara-incrementa-atencion-a-pacientes-oncologicos-menores-de-edad/>

Pousa, R. V., Ana, M. A., Hernández, B. M., González, T. M., & Gaviria, M. (2015). Depresión y cáncer: una revisión orientada

a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 166-172.

Rosazza, P., Hernández, J., & Urtega, W. (2014). Preservación de la fertilidad en estadios iniciales de cáncer de cuello uterino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65-70.

Ruiz, Á. M., Díaz, I. M., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Henao: Desclee De Brouwer.

Romero, N. (2010). *Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor*. (Tesis de pregrado). Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Ruelas, F., & Yamira, K. (2010). *Factores biopsicosociales que influyen en los niveles de depresión de los adultos mayores del C.S. Materno Infantil Tablada de Lurín*. (Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lurin) Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1035>

Ruiz, A. (2012). *Terapia Cognitiva Conductual bajo trance hipnótico en casos de depresión leve*. (Tesis de licenciatura inédita).

Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil. Ecuador.

Sanz y Vasquez (1995) Trastornos del estado de animo: teorías psicológicas: en A, Belloch, B Sandin y F. Ramos (Eds) Manual de Psicopatología Vol. 2 (pp 341-378). Madrid: Mc Graw Hill. ISBN: 84-7986-000-6
http://webs.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1995-Trastornos%20estado%20Animo-Teorias.pdf

Sociedad Americana de Oncología clínica. (Setiembre de 2016). *Quimioterapia*. Blog: Cáncer. NET. Recuperado de
<http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/c%C3%B3mo-se-trata-el-c%C3%A1ncer/quimioterapia/qu%C3%A9-es-la-quimioterapia>

Tateishi, S. (2011). *Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de pregrado). Recuperado de
file:///C:/Users/NICOLE/Downloads/TATEISHI_SERRUTO_VICTOR_ESTILOS.pdf

Von Mühlenbrock S., Gómez R., González M., Rojas A., Vargas L. y Von Mühlenbrock C. (2009). *Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital militar de Santiago*. Chile.

REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2011; 49 (4): 331-337. Recuperado
de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v49n4/art04.pdf>

ANEXOS

**Tabla 9 Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung
(EAMD)**

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				

15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

Nombre:

Edad:

Sexo:

Fecha:

Estado civil:

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor	4	3	2	1
3	Tengo accesos de llanto o ganas de llorar	1	2	3	4
4	Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4
5	Tengo tanto apetito como antes	4	3	2	1
6	Aun me atraen las personas del sexo opuesto	4	3	2	1
7	Noto que estoy perdiendo peso	1	2	3	4
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento	1	2	3	4
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre	1	2	3	4
10	Me canso sin motivo	1	2	3	4
11	Tengo la mente tan clara como antes	4	3	2	1
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1

13	Me siento nervioso y no puedo estar quieto	1	2	3	4
14	Tengo esperanza en el futuro	4	3	2	1
15	Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16	Me es fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17	Me siento útil y necesario	4	3	2	1
18	Me satisface mi vida actual	4	3	2	1
19	Creo que los demás estuvieran mejor si yo muriera	1	2	3	4
20	Disfruto de las mismas cosas que antes	4	3	2	1

Tabla 10 Puntuaciones escala de autovaloración de la depresión de Zung

TABLA11. PARA CONVERTIR LA PUNTUACION TOTAL EN EL INDICE DE VALORACION DE LA DEPRESION

PUNTUACION	INDICE EAD	PUNTUACION	INDICE EAD	PUNTUACION	INDICE EAD
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89

32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	93
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Fuente: trabajos96/psicometría-aplicada/psicometria-aplicada3.shtml

INDICE EED

INTERPRETACION

MENOS DE 50

DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

50 A 59

DEPRESION LEVE MODERADA

60 A 69

DEPRESION MODERADA INTENSA

70 A MAS

DEPRESION INTENSA

TABLA 12

SINTOMAS DE LOS DESORDENES DEPRESIVOS ITEMS DE LA EAMD N° DEL ITEMS

I. AFECTIVOS PERSISTENTES:	
Deprimido, triste, melancólico.....	Me siento triste y decaído (1)
Accesos de llanto.....	Tengo ganas de llorar y a veces lloro (3)
II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS	
Exageración de síntomas en la mañana mejorando	
conforme pasa el día.....	Por las mañanas me siento mejor (2)
Sueño: despertar temprano o frecuentemente.....	Me cuesta mucho dormir en la noche (4)
Apetito: Disminución en la ingestión de <u>alimentos</u>	Como igual que antes (5)
Pérdida de peso: asociada con ingestión disminuida de alimentos o metabolismo	
aumentado, reposo disminuido.....	Noto que estoy adelgazando (7)
Sexuales: Libido disminuido.....	Aun tengo deseos sexuales (6)
Gastrointestinales: Constipación.....	Estoy estreñido (8)
Cardiovasculares: Taquicardia.....	El corazón me late más rápido que antes (9)
Músculo esqueléticos: Fatiga.....	Me canso sin motivo (10)
III. EQUIVALENTES PSICOLÓGICOS	
Agitación Psicomotor.....	Me siento intranquilo y no puedo, etc. (13)
Retardo Psicomotor.....	Hago las cosas con la misma facilidad.... (12)
Confusión:.....	Mi mente esta tan despejada como, etc.

(11)	
Sensación de vacío.....	Encuentro agradable vivir. (18)
Desesperanza:.....	Tengo confianza en el futuro (14)
Indecisión:.....	Encuentro fácil tomar decisiones (16)
Irritabilidad:.....	Estoy más irritable que antes (15)
Disgustos:.....	Me gustan las mismas cosas que antes... (20)
Desvalorización <u>personal</u>	Ciento que soy UTIL y Necesario (17)
Ideas Suicidas.....	Creo que sería mejor para los demás si Estuviera muerto. (19)

Fuente: trabajos96/psicometría-aplicada/psicometria-aplicada3.

ANEXO 1

Matriz de consistencia

Nivel de depresión en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA
Problema general	Objetivo general	La depresión es un trastorno en el estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, incidiendo en el estado afectivo, en lo fisiológico, psicomotor y psíquico e impiden que la	Dimensiones: Dimensión 1: Estado afectivo Dimensión 2: Estado fisiológico Dimensión 3: Trastornos psicomotores Dimensión 4: Trastornos	Tipo: Descriptivo Enfoque: Cuantitativo. Diseño: No experimental de corte transversal. Población: Conformada por la población atendida con respecto al año 2016, fueron de 400 pacientes
¿Cuáles son los niveles de depresión en pacientes oncológicos que asisten al <i>Hospital</i> Nacional Guillermo <i>Almenara</i> Irigoyen de Lima?	Determinar los niveles de depresión en pacientes oncológicos que asisten al <i>Hospital</i> Nacional Guillermo <i>Almenara</i> Irigoyen de Lima			

		persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.	psíquicos.	que se atienden en el servicio de oncología del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
Problemas específicos	Objetivos específicos			
¿Cuál es el nivel del estado afectivo persistente en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?	Determinar el nivel del estado afectivo persistente, en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima			Muestra: Intencionada conformada por 60 pacientes del hospital Guillermo Almenara Irigoyen.
¿Cuál es el nivel de equivalentes de los trastornos fisiológicos, en pacientes oncológicos que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?	Determinar el nivel de equivalentes de los trastornos fisiológicos, en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima			Técnica: Aplicación directa.
¿Cuál es el nivel de equivalentes de los trastornos psicomotores en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional	Determinar los niveles equivalentes de los trastornos psicomotores, en			Instrumento: La escala de la auto-medición de la depresión (EAMD) de Dr. W Zung, de aplicación individual o colectiva, destinada a medir cuantitativamente la depresión, se basa en una serie de informes sobre

<p>Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?</p> <p>¿Cuál es el nivel de equivalentes de los trastornos psíquicos en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima?</p>	<p>pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.</p> <p>Determinar los niveles equivalentes de los trastornos psíquicos, en pacientes oncológicos, que asisten al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima.</p>			<p>pacientes deprimidos y con otros trastornos emocionales. El uso de la escala en cualquier clase de pacientes que presenta síntomas físicos sin base orgánica aparente, puede descubrir y medir las llamadas “depresiones ocultas” economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevista de estudio.</p>
--	---	--	--	--

